

J.D. van der Ploeg  
Gedragsproblemen

**ORTHO** – Inleidingen, monografieën en leerboeken op het gebied van de orthopedagogiek, de orthodidactiek en het klinische en experimentele onderzoek op orthopedagogisch gebied, met bijzondere aandacht voor de herkenning en de behandeling van opvoedingsmoeilijkheden, ontwikkelingsproblemen, gedragsstoornissen en leerproblemen.

De reeks staat onder redactie van: prof. dr. P. Ghesquière, prof. dr. J.M.A.J. Janssens en prof. dr. J.D. van der Ploeg.

J.D. van der Ploeg

# Gedragsproblemen

Ontwikkelingen en risico's

Uitgebreide en volledig herziene editie

Lemniscaat  Rotterdam

Tiende druk, 2011  
Negende, uitgebreide en volledig herziene druk, 2007

Omslagillustratie: Maarten Ploeg, z.t., 1992  
Omslagontwerp: Rinke Doornekamp, Utrecht  
© Lemniscaat b.v. Rotterdam 1997, 2007  
ISBN 978 90 5637 927 8

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Druk en bindwerk: Wilco, Amersfoort

# Inhoud

Voorwoord bij de achtste, uitgebreide en volledig herziene druk

<b>DEEL 1 – PROBLEEMGEDRAG</b>	<b>13</b>
<b>1 Wat is probleemgedrag?</b>	<b>13</b>
1.1 Inleiding	15
1.2 Normaal – abnormaal	15
1.3 Aangepast – onaangepast	17
1.4 Gezond – ziek	18
1.5 Nogmaals: probleemgedrag	20
1.6 Prevalentie van gedragsproblemen	23
1.7 Stabiliteit van probleemgedrag	25
1.8 Comorbiditeit	29
1.9 Samenvatting	30
<b>2 Eerste typeringen uit de psychiatrie</b>	<b>33</b>
2.1 Inleiding	33
2.2 Psychose	34
2.3 Kinderpsychose	35
2.4 Neurose	37
2.5 Persoonlijkheidsstoornissen	39
2.6 Samenvatting	41
<b>3 Classificaties van probleemgedrag</b>	<b>43</b>
3.1 Inleiding	43
3.2 De klinische benadering	44
3.2.1 <i>Het GAP-systeem</i>	45
3.2.2 <i>Het DSM-systeem</i>	46
3.2.3 <i>Het ICD-systeem</i>	49
3.3 De empirische benadering	51
3.3.1 <i>Broad-band gedragsdimensies</i>	52
3.3.2 <i>Narrow-band gedragsdimensies</i>	53
3.3.3 <i>Vragenlijsten ter bepaling van probleemgedrag</i>	54
3.4 Samenvatting	56
<b>4 Modellen en interventies</b>	<b>58</b>
4.1 Inleiding	58
4.2 Het psychodynamische model	58
4.3 Het gedragsmodel	62
4.4 Het humanistische model	64
4.5 Het ecologische model	66
4.6 Het cognitieve model	69
4.7 Het stress-model	71

4.8	Het biologische model	74
4.9	Het meervoudig risico-model	77
4.9.1	<i>Risicovolle situaties</i>	78
4.9.2	<i>Risicoverhogende persoonlijkheidskenmerken</i>	79
4.9.3	<i>Het probleemgedrag</i>	81
4.9.4	<i>Het meervoudig risico-model</i>	81
4.10	Samenvatting	83
<b>DEEL 2 – DE OMGEVING</b>		<b>87</b>
<b>5</b>	<b>Het gezin</b>	<b>90</b>
5.1	Inleiding	90
5.2	De wijze van opvoeden	92
5.3	Gezinsfunctioneren	96
5.4	Gezinsinteracties	98
5.5	Probleemgedrag van de ouders	102
5.6	Gezin en probleemgedrag	103
5.7	Bepaling van gezinskenmerken	105
5.8	Samenvatting	108
<b>6</b>	<b>De school</b>	<b>110</b>
6.1	Inleiding	110
6.2	Schoolbeleving	110
6.2.1	<i>Nadere formulering en concretisering</i>	110
6.2.2	<i>Beleving van de school in het algemeen</i>	112
6.2.3	<i>Beleving van de relaties met de leerkracht</i>	112
6.2.4	<i>Samenhang met probleemgedrag en in het bijzonder met spijbelen</i>	113
6.3	Schooluitval	115
6.3.1	<i>Omschrijving</i>	115
6.3.2	<i>Zittenblijven</i>	116
6.3.3	<i>Verwijzing naar het speciaal onderwijs</i>	117
6.3.4	<i>Voortijdig schoolverlaten</i>	118
6.4	Schoolkenmerken	119
6.4.1	<i>Schoolgrootte</i>	119
6.4.2	<i>Klassengrootte</i>	121
6.4.3	<i>Schooltypen</i>	121
6.4.4	<i>Schoolactiviteiten</i>	124
6.5	Schooloptreden	125
6.5.1	<i>Schoolleiding</i>	125
6.5.2	<i>De leerkrachten</i>	125
6.5.3	<i>Omgang met probleemgedrag</i>	126
6.5.4	<i>De stijl van lesgeven</i>	127
6.6	Samenvatting	128

<b>7</b>	<b>Vrije tijd</b>	130
7.1	Inleiding	130
7.2	Besteding van de vrije tijd	131
7.3	Leefstijl	132
	7.3.1 <i>Nadere omschrijving</i>	132
	7.3.2 <i>Typen</i>	133
	7.3.3 <i>Groepsvorming</i>	135
7.4	Risicant gedrag	137
	7.4.1 <i>Plaatsbepaling</i>	137
	7.4.2 <i>Alcoholgebruik</i>	138
	7.4.3 <i>Drugs</i>	140
	7.4.4 <i>Samenhang met andere problemen</i>	141
7.5	Vrienden	142
	7.5.1 <i>De keuze van vrienden</i>	143
	7.5.2 <i>Sociometrische positiebepaling</i>	143
	7.5.3 <i>Beïnvloedende factoren</i>	144
	7.5.4 <i>Echte vrienden</i>	145
	7.5.5 <i>Deviantie vrienden</i>	146
7.6	Samenvatting	147
<b>8</b>	<b>Traumatische gebeurtenissen</b>	149
8.1	Inleiding	149
8.2	Schaal voor stressvolle gebeurtenissen	149
8.3	Enkele kritische kanttekeningen	152
8.4	Echtscheiding	153
	8.4.1 <i>Omvang</i>	153
	8.4.2 <i>Samenhang met psychosociale problemen</i>	154
	8.4.3 <i>Meer en minder kans op problemen</i>	156
	8.4.4 <i>Fasen in het echtscheidingsproces</i>	157
8.5	Overlijden	158
	8.5.1 <i>Omvang</i>	158
	8.5.2 <i>Relatie met gedragsproblemen</i>	159
	8.5.3 <i>De verwerking van het verdriet</i>	160
8.6	Ongelukken	162
	8.6.1 <i>Omvang</i>	162
	8.6.2 <i>Verklaringen</i>	163
8.7	Samenvatting	165
<b>9</b>	<b>Sociale steun</b>	167
9.1	Inleiding	167
9.2	Het begrip sociale steun	168
9.3	Sociaal netwerk en sociale steun	170
9.4	Sociale steun als directe of indirecte invloed	171
9.5	Bronnen van steun	172
	9.5.1 <i>De informele bronnen</i>	172
	9.5.2 <i>De formele bronnen</i>	175

9.6	Structurele aspecten van het sociale netwerk	176
9.7	Inhoudelijke aspecten van het sociale netwerk	180
9.8	Het gezin	182
9.9	Interventies	183
9.10	Metingen van het sociale netwerk	184
9.11	Samenvatting	187
<b>DEEL 3 – PERSOONLIJKHEIDSFACTOREN: DE VIER Z-CONCEPTEN</b>		<b>191</b>
<b>10</b>	<b>Zelfbeeld</b>	<b>193</b>
10.1	Inleiding	193
10.2	Definitie	194
10.3	De dimensies van het zelf	196
10.4	Het ontstaan van het zelfbeeld	198
10.5	Stabiliteit	200
10.6	Het zelfbeeld en de mening van anderen	201
10.7	Ideaal zelfbeeld	202
10.8	Samenhang met andere aspecten	203
10.9	Bepaling van het zelfbeeld	206
10.10	Samenvatting	207
<b>11</b>	<b>Zelfbeschikking</b>	<b>210</b>
11.1	Inleiding	210
11.2	Definitie	211
11.3	Verwante begrippen	212
11.4	Aangeleerde hulpeloosheid	213
11.5	Een unidimensioneel concept?	215
11.6	Ontwikkeling van de zelfbeschikking	216
11.7	Samenhang met problemen	218
11.8	Bepaling van de zelfbeschikking	221
11.9	Behandelingsaspecten	222
11.10	Samenvatting	224
<b>12</b>	<b>Zelfhandhaving</b>	<b>226</b>
12.1	Inleiding	226
12.2	Inschattingsproces	227
12.3	Zelfhandhavingstrategieën	229
	12.3.1 <i>Strategieën in de tijd bezien</i>	229
	12.3.2 <i>Functionele strategieën</i>	230
	12.3.3 <i>Structurele strategieën</i>	232
12.4	Veel toegepaste zelfhandhavingstrategieën	233
12.5	Samenhang met probleemgedrag	235
12.6	Zelfhandhaving als proces	236
12.7	De ontwikkeling van zelfhandhavingstrategieën	237
12.8	Interventies	239
12.9	Samenvatting	240



<b>13 Zelfcontrole</b>	243
13.1 Inleiding	243
13.2 De psychoanalytische invalshoek	243
13.3 Zelfcontrole bezien vanuit cognitieve en leertheoretische principes	245
13.4 Verklaringen	248
13.5 Opvoeding en zelfcontrole	250
13.6 Verwante begrippen	251
13.6.1 <i>Ik-sterkte</i>	251
13.6.2 <i>Moeilijk temperament</i>	252
13.6.3 <i>Impulscontrole</i>	253
13.6.4 <i>Ego-veerkracht</i>	253
13.7 Interventies	254
13.7.1 <i>Life space interview</i>	254
13.7.2 <i>Sociale vaardigheidsprogramma's</i>	254
13.8 Samenvatting	255
<b>DEEL 4 – CONCREET PROBLEMGEDRAG</b>	257
<b>14 Het agressieve kind</b>	259
14.1 Inleiding	259
14.2 Prevalentie en stabiliteit	260
14.3 Verschillen tussen jongens en meisjes	261
14.4 Relationele agressie	262
14.5 Samenhang met andere problemen	263
14.5.1 <i>Afwijzing</i>	263
14.5.2 <i>Delinquentie</i>	264
14.6 Theorieën over agressie	266
14.6.1 <i>De psychodynamische benadering</i>	266
14.6.2 <i>De frustratie-agressie hypothese</i>	266
14.6.3 <i>De sociale leertheorie</i>	267
14.6.4 <i>De sociaal-cognitieve benadering</i>	267
14.6.5 <i>De biologische benadering</i>	268
14.6.6 <i>De sociaal-ecologische benadering</i>	268
14.7 Behandeling van agressie	269
14.7.1 <i>Sociaal-cognitieve interventies</i>	271
14.7.2 <i>Gezinsbehandeling</i>	272
14.7.3 <i>De integrale aanpak</i>	272
14.7.4 <i>Preventie</i>	273
14.8 Samenvatting	275
<b>15 Het hyperactieve kind</b>	276
15.1 Inleiding	276
15.2 Voorkomen	277
15.3 Samenhang met andere problemen	278
15.4 Prognose	279
15.5 Verklaringen	280

15.5.1	<i>Het biologische model</i>	280
15.5.2	<i>Het sociale model</i>	281
15.5.3	<i>Het interactieve model</i>	282
15.6	Bepaling van ADHD	283
15.7	Behandeling van ADHD	283
15.7.1	<i>Farmacologische interventies</i>	284
15.7.2	<i>Psychosociale interventies</i>	284
15.7.3	<i>Alternatieve interventies</i>	285
15.8	Samenvatting	285
<b>16</b>	<b>Het sociaal angstige kind</b>	287
16.1	Inleiding	287
16.2	Sociale angst en andere vormen van angst	288
16.3	Andere gangbare benamingen	290
16.4	Verklaringen	291
16.4.1	<i>Het biologische model</i>	291
16.4.2	<i>Het sociale leermodel</i>	292
16.4.3	<i>Het cognitieve model</i>	292
16.4.4	<i>Het motivationele model</i>	293
16.4.5	<i>Het gezinsmodel</i>	294
16.5	Behandeling	295
16.6	Bepaling van sociale angst	296
16.7	Samenvatting	297
<b>17</b>	<b>Het depressieve kind</b>	298
17.1	Inleiding	298
17.2	Prevalentie	299
17.3	Verschillende vormen van depressie	300
17.4	Samenhang met andere problemen	301
17.5	Etiologie	302
17.5.1	<i>De cognitieve verklaring</i>	302
17.5.2	<i>De omgevingsverklaring</i>	304
17.5.3	<i>De biologische verklaring</i>	304
17.6	Interventies	305
17.6.1	<i>Farmacologische behandeling</i>	305
17.6.2	<i>Psychotherapeutische benadering</i>	305
17.7	Samenvatting	306
<b>18</b>	<b>Het meervoudig risico-model in de praktijk</b>	308
18.1	Inleiding	308
18.2	Zelfbeeld	309
18.3	Zelfbeschikking	310
18.4	Zelfhandhaving	311
18.5	Zelfcontrole	312
18.6	Het gezin	313
18.7	De school	315

18.8 De vrije tijd	316
18.9 Ingrijpende gebeurtenissen	317
18.10 Het relationele netwerk	319
18.11 Analyse en behandeling	320
<b>Verklarende woordenlijst</b>	<b>322</b>
<b>Literatuur</b>	<b>331</b>
<b>Trefwoordenregister</b>	<b>354</b>

# voorwoj289 ord

Voor deze herziene uitgave is vooral gewerkt aan het up-to-date maken van de tekst. Dat houdt in dat voor alle in dit boek behandelde onderwerpen de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen in ogenschouw zijn genomen. Meer dan 150 nieuwe bronnen zijn geraadpleegd. Het gevolg is dat er voor de meeste onderwerpen aanpassingen hebben plaatsgevonden die aansluiten bij de huidige stand van zaken in de verschillende wetenschappelijke disciplines.

Zo is er meer aandacht gekomen voor de biologische invalshoek in de verklaring van probleemgedrag, alsmede voor de farmacologische benadering in interventies. Ook zijn de verschillende gezichtspunten van waaruit behandelingen kunnen plaatsvinden, nader uitgewerkt.

Verder is het onderscheid in verschillende vormen van probleemgedrag meer verfijnd en zijn de prevalentiecijfers aangepast. Dat geldt ook voor de ontwikkelingen op het terrein van het gezin, de school en de vrije tijd.

In het bijzonder is aandacht gegeven aan de vier behandelde probleemgroepen van agressieve, hyperactieve, sociaal angstige en depressieve kinderen. Deze categorieën zijn nu in beeld gebracht volgens de laatste inzichten en onderzoeksbevindingen.

Deze herzieningen hebben de opbouw van het boek niet aangetast; die is hetzelfde gebleven. Het meervoudig risicomodel staat derhalve nog steeds centraal. Vanuit dit model wordt – meer nog dan voorheen – begrijpelijk gemaakt hoe gedragsproblemen ontstaan en welke risico's daarin een rol spelen.

Oegstgeest  
J.D. van der Ploeg

# Deel I

## Probleemgedrag

In dit eerste deel komen vier onderwerpen aan de orde.

Om te beginnen wordt ingegaan op de vraag wanneer gedrag nu eigenlijk als een probleem moet worden beschouwd. Om het inzicht in die vraag te verdiepen wordt vanuit een drietal invalshoeken het gedrag nader onder de loep genomen: normaal versus abnormaal gedrag, aangepast versus onaangepast gedrag en psychisch gezond versus psychisch ongezond gedrag. Voorts wordt in dit hoofdstuk een definitie gegeven van psychosociaal probleemgedrag en wordt stilgestaan bij aspecten als prevalentie en stabiliteit van probleemgedrag.

Het tweede onderwerp dat aan de orde komt betreft de eerste wetenschappelijke typering van probleemgedrag. Nadat de wetenschap zich eeuwenlang niet bekommerd heeft om de psychisch ongezonde mens, wordt in de loop van de negentiende eeuw de aandacht ervoor wakker. Vanuit de medische hoek, in casu de psychiatrie, worden de eerste belangrijke pathologische beelden aangereikt.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op een drietal hoofdcategorieën: de psychose, de neurose en de persoonlijkheidsstoornis. Meer in het bijzonder richt de aandacht zich op een drietal kinderpsychosen: kinderschizofrenie, autisme en symbiotische psychose. Daarnaast wordt ook de persoonlijkheidsstoornis voor jeugdigen nader bezien, hetgeen voert tot de typering ontwikkelingspsychopathie.

Het derde onderwerp bevat de verschillende pogingen die zijn ondernomen om het probleemgedrag systematisch in kaart te brengen. Nadat eerst is ingegaan op het belang van classificatie wordt daarna gewezen op de klinische en de empirische benadering. Binnen beide benaderingswijzen worden voorbeelden gegeven van classificatiesystemen.

Het laatste onderwerp behelst een kort overzicht van de belangrijkste theoretische modellen van waaruit men het probleemgedrag van jeugdigen kan beschouwen. De visies die achter deze modellen schuil gaan geven tevens aanwijzingen hoe met het probleemgedrag om te gaan. Ook op deze interventies wordt nader ingezoomd. Dit hoofdstuk eindigt met de presentatie van een meervoudig risico-model dat is geënt op concepten en theoretische noties uit de sociaal-ecologische theorie, de cognitieve benadering en de stress-theorie. De in dit model gepresenteerde begrippen en hun onderlinge samenhang worden vervolgens in dit boek verder uitgewerkt.

# 1 Wat is probleemgedrag?

## 1.1 INLEIDING

Wanneer is het gedrag van een jeugdige nu te beschouwen als een probleem? Waar ligt de grens die bepaalt dat de gedragingen zijn aan te merken als problematisch?

Dergelijke vragen lijken op het eerste gezicht niet moeilijk te beantwoorden. Ouders, leerkrachten en andere opvoeders weten in het algemeen wel aan te geven wanneer jeugdigen gedragingen vertonen die hun zorgen baren. Ze vinden de jeugdigen dan ongehoorzaam, onaangepast, onbetrouwbaar, onberekenbaar enzovoort. Deze jeugdigen komen niet tegemoet aan de gestelde verwachtingen en houden zich niet aan de geldende regels en afspraken. Daarmee lijkt de dagelijkse praktijk het antwoord te geven op de vraag wanneer er sprake is van probleemgedrag. Maar zo simpel is het niet.

Het voorafgaande geeft aan dat ouders, leerkrachten en andere opvoeders vanuit de voor hen geldende normen bepalen wanneer er sprake is van probleemgedrag. In die zin is probleemgedrag een *subjectief* en *normatief* begrip. Niet alle ouders immers zullen dezelfde normen en waarden hantieren. Dat betekent dat de ene ouder van probleemgedrag zal spreken waar de ander datzelfde gedrag niet als een probleem ervaart. Zo is het ook met andere opvoeders. Waar de een zich ernstig zorgen maakt over het agressieve gedrag van de jeugdige, zal de ander spreken van een gezonde opstandigheid. Wat de een sterk teruggetrokken gedrag noemt, ziet de ander als gepaste bescheidenheid. Probleemgedragingen zijn derhalve handelingen waarvan de beoordelingen het resultaat zijn van de interpretaties van de betrokkenen. Om dat verder te illustreren wijzen we erop dat de jeugdigen van wie het gedrag door de ouders als problematisch wordt getypeerd, zelf ook een mening hebben over hun ouders. Zij omschrijven hun ouders niet zelden als ongeïnteresseerd, ontoegankelijk, ongeduldig, onbetrouwbaar enzovoort. In hun visie bestaan er geen kinderen met gedragsproblemen, maar ouders met problematisch gedrag. Kortom het bestaan van probleemgedrag wordt niet altijd door alle betrokkenen (even) eenduidig ervaren. De jeugdigen, de ouders en de leerkrachten en andere opvoeders kunnen daarover van mening verschillen.

Betekent het voorgaande nu dat het laatste woord bij de directe omgeving ligt als het gaat over de vraag of er sprake is van probleemgedrag? Dat is niet het geval.

Via veelvuldig onderzoek en uitgebreide klinische ervaring is er op wetenschappelijk niveau heel wat kennis vergaard over de wijze waarop probleemgedrag zich manifesteert en ontwikkelt, hoe het is vast te stellen, hoe het is ontstaan en hoe het kan worden behandeld. Al deze facetten zullen in dit boek aan de orde komen. Voorshands wijzen we erop dat voor een nadere beantwoording van de vraag of er sprake is van probleemgedrag een

viertal criteria zijn te onderscheiden die tot meer kennis bijdragen: de frequentie, de duur, de omvang en de gevolgen.

Wat de eerste twee criteria *frequentie* en *duur* betreft kan men zich voorstellen dat het veel uitmaakt of iemand een keer in de put zit of het herhaaldelijk niet meer ziet zitten. In het algemeen geldt dat naarmate bepaalde ongewenste gedragingen vaker voorkomen er meer reden is om van probleemgedrag te spreken. Datzelfde geldt ook voor de duur van gedragingen die door de omgeving als negatief worden aangemerkt. Empirisch onderzoek (o.a. Rutter e.a., 1971) heeft ook aangetoond dat hoe langer dergelijke gedragingen aanhouden, hoe groter de kans op probleemgedrag is.

Met *omvang* bedoelen we aan te geven of het negatieve gedrag zich beperkt tot één situatie of dat dit in meerdere situaties voorkomt. Maar behalve dat het gedrag meerdere situaties kan omvatten, kan het probleemgedrag zich ook in meerdere vormen uiten en niet beperkt blijven tot slechte relaties met leeftijdsgenoten of hyperactief gedrag.

Het laatste aspect verwijst naar de *gevolgen* die het gedrag heeft. Die consequenties kunnen betrekking hebben op de omgeving, maar ook op de betrokkene zelf. Wanneer bepaalde gedragingen tot gevolg hebben dat de jeugdige zijn leeftijdsgenoten voortdurend tot een last of een plaag is, dan zal dat de omgeving brengen tot afwijzing. Dat zal het sociaal functioneren van de jeugdige ernstig belemmeren. Wanneer dat bovendien tot gevolg heeft dat de jeugdige daardoor geïsoleerd komt te staan, zal dat voor de jeugdige zelf ook schadelijke gevolgen hebben. Voor een ontplooiing van de eigen mogelijkheden is sociaal contact met anderen nu eenmaal onontbeerlijk. De gevolgen worden hier vooral gedefinieerd in termen van psychische schade.

Met het laatste criterium komen we aan de inhoudelijke kanten toe van het probleemgedrag. Gedragsproblemen verwijzen vrijwel altijd naar onderliggende disfunctionerende psychische processen enerzijds en een problematische (gezins)omgeving anderzijds. Het is vooral van de theoretische visie afhankelijk hoe men aan deze interne psychische processen en omgevingsfactoren inhoud toekent. We komen daar later in dit hoofdstuk op terug.

Voorlopig beschouwen we probleemgedrag als een relatief concept dat aan de orde is als de op dat moment in die omgeving heersende normen en geldende regels worden overschreden. De ernst van het probleemgedrag wordt verder bepaald aan de hand van de frequentie, de duur en de omvang, alsmede door de mate waarin de betrokkene zichzelf en/of zijn omgeving psychische schade berokkent.

Alvorens tot een definitieve formulering te komen bezien we eerst het probleemgedrag in het licht van een drietal gangbare aanduidingen: afwijkend, onaangepast en psychisch ongezond gedrag.



## 1.2 NORMAAL – ABNORMAAL

In het licht van deze polariteit wordt normaal gedrag beschouwd als het gedrag dat door veruit de meeste mensen wordt vertoond. Het gedrag dat slechts door een klein deel van de mensen wordt geuit, is dan te beschouwen als afwijkend van het normale en is in die zin op te vatten als abnormaal gedrag.

In deze gedachtegang gaat het in feite om een statistische benadering waarbij men een gemiddelde kan berekenen, alsmede een gemiddelde afwijking kan vaststellen. Strikt genomen kan men nu redeneren dat wie een bepaalde standaarddeviatie afwijkt van het gemiddelde tot de categorie behoort met abnormaal gedrag.

Via dit principe zijn de gestandaardiseerde tests tot stand gekomen. De berekende gemiddelde testscore is gebaseerd op de testuitslagen van alle proefpersonen uit een representatieve populatie. Dat houdt automatisch in dat de meeste proefpersonen in de buurt van het gemiddelde scoren. Hoe verder de score van het gemiddelde ligt, hoe meer men kan worden geïdentificeerd als abnormaal/afwijkend. Statistisch gezien kan men zo'n redenering wel volhouden, maar klinisch beschouwd niet. Een jongere met een uiterst lage score op een angst-schaal bijvoorbeeld is te beschouwen als afwijkend van de meerderheid, maar kan in sociaal opzicht uitstekend functioneren. En wat te denken van een uitzonderlijke hoge score op een intelligentietest. Een IQ van 140 zal niet veel voorkomen, maar er zullen wel veel mensen zijn die graag zo'n hoge (abnormale) score willen hebben.

Vertrekkend vanuit de dichotomie normaal versus abnormaal wordt er eigenlijk alleen een uitspraak gedaan over het voorkomen van bepaald gedrag. De omvang daarvan is bepalend en niet de kwaliteit. Het misleidende van deze benadering is dat de suggestie wordt gewekt dat gedrag dat door de meeste mensen wordt vertoond, ook het enig juiste gedrag zou zijn. Zoals in een democratie de schijn wordt gewekt dat slechts de meerderheidsbesluiten van de beste kwaliteit zijn. In de politiek kan men dat niettemin als een zinnige en werkbare afspraak beschouwen, maar in de geestelijke gezondheidszorg voert zo'n regel tot grote problemen. Er zijn immers verschillende situaties bekend waarin het gedrag van de minderheid of afzonderlijke individuen van meer kwaliteit getuigt dan het meerderheidsgedrag. We denken aan een minderheid van de leerlingen die ingaat tegen het autoritair optreden van een leerkracht of aan de enkeling die bij een te water geraakte auto de automobilist naspringt teneinde hem te redden, terwijl de rest passief toekijkt. Maar men kan ook wijzen op individuen die vanuit een bepaalde levensovertuiging weigeren in militaire dienst te gaan. Kortom minderheidsgedrag is niet per definitie van slechte kwaliteit. Bovendien is er het probleem dat meerderheidsgedrag veelal gebaseerd is op geldende gewoontes, bepaalde waarden en sociale afspraken, die van (sub)cultuur tot (sub)cultuur en van tijd tot tijd kunnen verschillen. Aldus kan het meerderheidsgedrag eveneens per cultuur en per tijdsgewricht verschillen. Daarmee wordt het relatieve van het begrippenpaar normaal en abnormaal

duidelijk geïllustreerd en voert het normaliteitsprincipe niet tot een bevredigende oplossing.

### 1.3 AANGEPAST – ONAANGEPAST

Met dit begrippenpaar is veelvuldig getracht het probleemgedrag nader te definiëren. Men gaat ervan uit dat onaangepast gedrag in principe altijd probleemgedrag is. De achterliggende gedachte houdt in dat ieder mens een bepaalde staat van aanpassing aan zijn omgeving dient te verwerven. Wie er echter niet in slaagt binnen de hem omringende omgeving passend te functioneren, zal zich niet kunnen handhaven en raakt in problemen. In die zin is elk gedrag dat tot onaangepastheid voert i.c. in botsing komt met de omgeving, te beschouwen als probleemgedrag.

Aan deze (te) simpele stelling dienen echter verschillende nuanceringen te worden aangebracht.

Niet ieder conflict met de omgeving of de samenleving zal als een probleem dienen te worden beschouwd. Er bestaat immers altijd een zekere spanning tussen individu en omgeving, die niet alleen opgelost dient te worden door het individu te dwingen zich altijd aan de samenleving te conformeren. Ook de samenleving zal bij tijd en wijle aanpassingen moeten ondergaan, omdat deze – als menselijk product – evenzeer aan verandering en ontwikkeling onderhevig is en niet voor altijd vastligt.

Er bestaan echter vele gradaties en variaties in de mate waarin men erin slaagt zich aan de omgeving aan te passen dan wel niet aan te passen. De botsingen nu, die in dat spanningsveld voorkomen, kunnen in principe bijdragen tot zowel de ontwikkeling van het individu als van de samenleving. Men kan daarom onmogelijk bij elk conflict met de samenleving van onaangepast gedrag van het individu spreken. Het klassieke voorbeeld is het Duitsland van Hitler, waar niet-aanpassen van meer verstand getuigde dan het zich aanpassen aan het toen heersende nazi-bewind. Helaas zijn er nog steeds totalitair geregeerde landen waarbij men andersdenkenden als onaangepasten tracht te elimineren. De paradox is dat degenen die zich aan zo'n samenleving conformeren aangepast gedrag vertonen dat in onze westerse samenleving als onaangepast gekwalificeerd zou worden, terwijl de onaangepaste eerder als aangepast zou worden beschouwd.

De zwakte van het begrippenpaar aangepast versus onaangepast schuilt hierin dat het te zeer uitgaat van de 'toevallig' bestaande samenleving. Ten onrechte stelt men dat aanpassing aan deze samenleving altijd het hoogste goed is.

Maar men kan het begrip aanpassen ook meer zien in het licht van de individuele ontwikkeling. Dan is het een vermogen te reageren op eisen vanuit de directe omgeving en samenleving. De aard van de eisen verandert tijdens de ontwikkeling naar volwassenheid. Bij het jonge kind omvat aangepast gedrag het vermogen om te lopen, praten en dergelijke, terwijl bij het schoolkind aangepast gedrag tot uiting komt in het adequaat reage-

ren op de sociale regels die in verschillende settings gelden, en voor de volwassene geldt dat deze in staat is een bijdrage te leveren in het gezin, werk te verrichten enzovoort.

Een auteur die zich zeer intensief en langdurig heeft bezig gehouden met de thematiek individu versus samenleving is Fromm (1955). Hij gaat van een aantal basale menselijke behoeften uit die in een gezonde samenleving gehonoreerd moeten kunnen worden. Het betreft hier:

- de behoefte erbij te horen (zich deel voelen van de groep),
- de behoefte aan creativiteit (uitstijgen boven primaire driften),
- de behoefte aan identiteit (iemand zijn),
- de behoefte aan een eigen referentiekader (een vast raam van waaruit men de omgeving ziet en begrijpt).

Een samenleving waarin deze fundamenteel menselijke doelen worden geblokkeerd noemt Fromm een ongezonde samenleving. Het zijn vooral de autoritaire en repressieve samenlevingen waarin het mensen moeilijk of zelfs onmogelijk wordt gemaakt zich op een gezonde manier aan te passen en waar zij worden gedwongen zich zelfs in tegengestelde richting te ontwikkelen.

Bij een gezonde aanpassing zal de mens zich vrij voelen zijn eigen natuur te volgen, zal hij zijn eigen individualiteit handhaven en zal hij volgens Fromm een creatieve en constructieve bijdrage leveren.

Er werd met name in de Amerikaanse literatuur veel met de term onaanpastheid (*maladjustment*) gewerkt. Deze term kent verschillende omschrijvingen en definities. Zo stelt White (1959) dat effectieve aanpassing inhoudt dat men het vermogen heeft om met zijn omgeving te interacteren, alsmede deze te beïnvloeden en te controleren. Met interacteren bedoelt de auteur ook het vermogen om persoonlijke relaties aan te gaan en te onderhouden.

Bij Lazarus (1974) treft men weer andere accenten aan. Hij gaat ervan uit dat elke mislukte aanpassing is gebaseerd op een verstoorde innerlijke harmonie, doordat de onaangepaste geen kans ziet met de externe omgeving zonder problemen om te gaan, c.q. daarmee in harmonie te leven.

Baron, Byrne & Kantowitz (1980) formuleren onaangepast gedrag als ‘socially inappropriate pattern of behavior that results in physical or psychological discomfort for the individual and/or for others’. In deze laatste definitie wordt duidelijk dat het ongemak dat het onaangepaste gedrag met zich meebrengt zowel door het individu als door de samenleving ervaren kan worden. De laatste jaren wordt de term onaanpastheid (*maladjustment*) in onderzoek minder gehanteerd en wordt vooral gewezen op het gebrek aan sociale competentie en copingvaardigheden. Het accent ligt hier op het onvermogen om dagelijks vaardig om te gaan met de eisen die de omgeving stelt en de stress die daaruit kan voortkomen (Pincus & Friedman, 2004).

## 1.4 GEZOND – ZIEK

Een derde mogelijkheid om probleemgedrag te beschouwen vormt de tegenstelling gezond – ziek. Met deze begrippen raken we vergelijkenderwijs sterker de inhoud van het probleemgedrag.

Wij doelen hier op de psychische gezondheid enerzijds en haar ongezonde tegenpool anderzijds. Wie op dit punt de literatuur overziet, komt tot de ontdekking dat er verhoudingsgewijs maar weinig pogingen zijn ondernomen om het begrip psychische gezondheid te definiëren en dat er daarentegen wel talloze definities en omschrijvingen bestaan van uiteenlopende vormen van psychische ongezondheid. Datzelfde geldt voor de lichamelijke gezondheid die ook wordt gedefinieerd in termen van de afwezigheid van lichamelijke ziekten.

Op grond hiervan zou je kunnen stellen, dat wie geen last heeft van ziekten, gezond is. Het gaat hier echter in feite om een verlegenheidsoplossing, want men zou toch het liefst de positieve kenmerken van gezondheid willen weten. Meer nog dan van lichamelijke gezondheid vormt de definiëring van psychische gezondheid ook een filosofisch probleem. Het ideale mensbeeld dat men voor ogen heeft kan immers verschillen al naar gelang de ideologie (mensbeschouwing) die men erop na houdt. Maar wie werkzaam is op het terrein van de geestelijke gezondheid zal het formuleren van essentiële kenmerken van de psychisch gezonde mens toch niet uitsluitend willen overlaten aan theologen en filosofen. Het is derhalve de moeite waard aan enkele sociale wetenschappers te refereren die nadrukkelijk hebben gepoogd het begrip psychische gezondheid nader inhoud te geven. Een tendens die vooral in de jaren vijftig is begonnen. Jahoda (1958) gaf als één der eersten een waardevolle bijdrage. Zij noemde de volgende zes criteria als belangrijke kenmerken van *geestelijke gezondheid*:

- een positieve houding tegenover jezelf
- in staat tot ontwikkeling en zelfactualisering
- een harmonieuze integratie in de samenleving
- een zelfstandig, onafhankelijk en autonoom optreden
- een accurate perceptie van de externe omgeving
- een adequate omgang met de directe omgeving

Jahoda heeft met deze kenmerken eerder een raamwerk voor ogen dan een sluitende definitie, gebaseerd op wetenschappelijke exactheid. Bovendien is Jahoda de eerste om te erkennen dat het begrip geestelijke gezondheid een relatief begrip is en dat elk van haar criteria beschouwd moet worden als een continuüm waarop niet één bepaald punt valt aan te geven van waaraf de gezondheid eindigt en de ongezondheid begint. Zij beschouwt haar criteria meer als indicatief voor de geestelijke gezondheid dan als absolute standaards.

Ook Erikson (1950) heeft vanuit zijn bekende theorie over de ontwikke-

lingsstadia van de mens een bijdrage geleverd aan een inhoudelijke invulling van het begrip geestelijke gezondheid. In elke ontwikkelingsfase onderkende Erikson steeds twee polen op hetzelfde continuüm, waarvan de ene pool het ideaal voorstelde dat bereikt diende te worden, terwijl de andere pool het concept voorstelde indien het doel niet werd gehaald. De acht ontwikkelingsstadia kunnen als een kader worden beschouwd waarmee het begrip geestelijke (on)gezondheid nader valt aan te geven.

Figuur 1

gezond	ziek
– vertrouwen	– wantrouwen
– autonomie	– twijfel
– initiatief	– schuldgevoel
– vaardigheid	– minderwaardigheid
– identiteit	– verwarring
– intimiteit	– isolement
– generativiteit	– stagnatie
– integriteit	– wanhoop

Wanneer deze positieve polen in de loop van de ontwikkeling niet worden bereikt ontstaan er problemen.

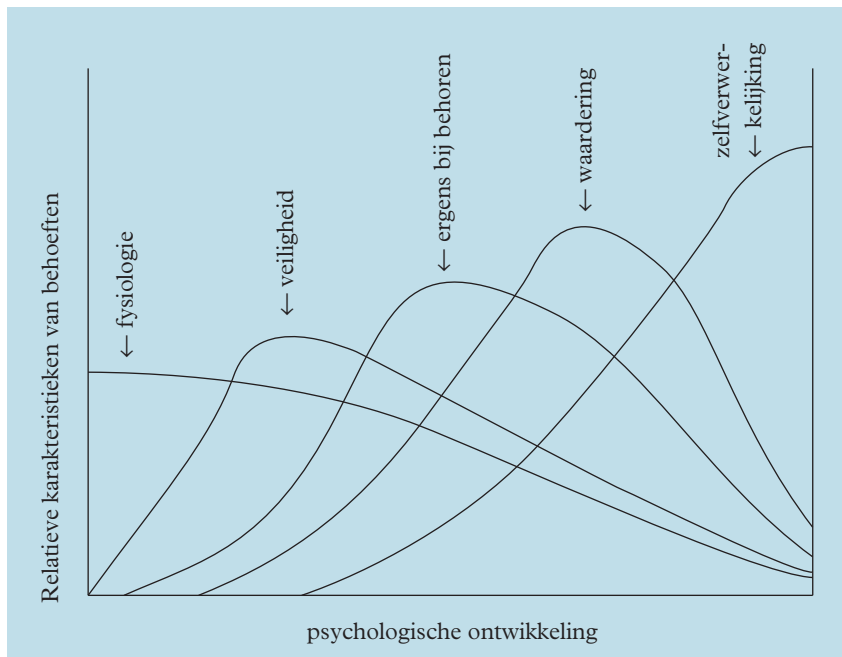
Als het gaat om het formuleren van positieve kenmerken van de psychisch gezonde mens, mag het werk van Maslow (1970) zeker niet ongenoemd blijven. Op een inspirerende en creatieve wijze heeft hij psychische gezondheid opgevat en uitgewerkt als een proces van zelfverwerkelijking. Maslow gaat er van uit dat *zelfrealisering* de belangrijkste menselijke behoefte vormt in een hiërarchie van de volgende 5 behoeften:

- de fysiologische behoefte (honger, dorst, e.a.)
- de behoefte aan veiligheid (zekerheid, rust e.a.)
- de behoefte om ergens bij te behoren (affectie, liefde, identificatie e.a.)
- de behoefte aan waardering (zelfwaardering, waardering door anderen e.d.)
- de behoefte aan zelfverwerkelijking

Voor een schematische weergave van deze gedachtegang: zie figuur 2. Essentieel is dat er een hiërarchie van behoeften wordt aangenomen, waarvan de eerste vier tijdens de ontwikkeling in belang afnemen ten gunste van de laatste behoefte aan zelfverwerkelijking die steeds sterker behoort te worden.

Op grond van biografisch materiaal dat Maslow verzamelde van een aantal historische en algemeen bekende personen die in zijn ogen behoorden tot de categorie mensen waar evident sprake was van een geslaagde zelfverwerkelijking, voerde hij een nadere analyse uit naar het concept zelfrealisatie. Dat resulteerde uiteindelijk in een overzicht met 15 categorieën die hij kenmerkend achtte voor zelfrealisatie en daarmee voor geestelijke gezondheid.

Figuur 2



Als belangrijkste kenmerken noemde hij een juiste perceptie van de realiteit, acceptatie van jezelf en anderen, spontaniteit, creativiteit, een democratische instelling, autonomie en meer probleemgericht dan zelfgericht.

Er blijkt bij nader inzien een vrij grote mate van overeenstemming met de criteria die door Jahoda werden genoemd.

Vervolgens wijzen we op een benadering van het begrip geestelijke gezondheid, waartoe Barron (1963) de eerste aanzet gaf. In tegenstelling tot alle voorgaande auteurs beschouwt hij psychische gezondheid als de wijze waarop de mens met zijn problemen omgaat. Dus niet de afwezigheid van problemen ziet hij als belangrijke voorwaarde voor gezondheid, maar de manier waarop men deze aanpakt. Hij deed deze uitspraak na een diepgaand empirisch onderzoek onder 80 studenten naar het fenomeen gezondheid. Hij werd daarbij vooral getroffen door het feit dat studenten met psychische gezondheidskenmerken zoals goede sociale relaties, goed geïntegreerd zijn en een reële perceptie van de omgeving ook perioden meemaakten van emotionele stoornissen, vervreemding en dergelijke. Dit bracht hem ertoe te veronderstellen dat ook psychisch gezonde mensen niet ontkomen aan neurotische conflicten en dat het veeleer de wijze is waarop zij met hun problemen omgaan, die bepalend is voor hun psychische gesteldheid.

Aan het einde van deze paragraaf staan we kort stil bij een variant, waarbij psychische gezondheid wordt opgevat als het *subjectieve gevoel van psychisch welbevinden*. Hier wordt uitgegaan van de gedachte dat het de persoon zelf is die bepaalt in hoeverre er sprake is van psychische gezond-

heid. Wanneer deze zich gelukkig voelt met zichzelf en zijn situatie en geen gevoelens kent van verdriet, angst en dergelijke, dan wordt dat opgevat als een positieve maat voor psychische gezondheid.

Vaak wordt uitgegaan van de verhouding tussen positieve en negatieve gevoelens. Deze gevoelens kunnen betrekking hebben op uiteenlopende onderwerpen. Door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2001) wordt gewezen op de mate waarin men de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden kan verwezenlijken, autonoom kan functioneren en zich competent genoeg acht om met het leven om te kunnen gaan.

Een veel gebruikte methode om het subjectieve psychisch welbevinden vast te stellen, is de Affect Balance Scale (ABS). Deze schaal bestaat uit tien vragen, waarvan vijf betrekking hebben op negatieve gevoelens en vijf op positieve gevoelens. Een onderzoek onder de Nederlandse bevolking met de ABS gaf aan dat 12.7% 'vaak' of 'erg vaak' één of meer negatieve gevoelens had in de afgelopen weken (CBS, 2000).

In het onderzoek van Zeijl e.a. (2005) onder kinderen van 8 tot 12 jaar mochten de kinderen zelf met een cijfer tussen 0 en 10 aangeven hoe zij oordeelden over hun leven. Hoe tevreden waren zij? Het bleek dat driekwart van de kinderen een acht of hoger had aangekruist en dat 5% lager dan een zes had aangemerkt. Het gemiddelde cijfer voor de schaal voor welbevinden bedroeg 8.3. Dat gemiddelde komt vrijwel overeen met het gemiddelde van 8.6 uit een eerder uitgevoerd onderzoek onder scholieren van 11-17 jaar (Ter Bogt e.a., 2003).

## 1.5 NOGMAALS: PROBLEEMGEDRAG

Vanuit de hiervoor gepresenteerde invalshoeken komen we tot de volgende bevindingen.

Het standpunt dat er sprake is van probleemgedrag indien dit afwijkt van hetgeen de meerderheid aan gedrag te zien geeft, blijkt lang niet altijd valide. In feite gaat het hier om een statistische benadering en wordt strikt genomen over de kwaliteit van het gedrag geen uitspraak gedaan.

Een vergelijkbaar probleem doet zich voor bij het begrip onaangepast gedrag. Hier vormt veelal de samenleving met haar normen en waarden het uitgangspunt voor de vraag welk gedrag acceptabel is en welk gedrag als probleemgedrag rijp is voor behandeling. Daarop zijn nuanceringen aangebracht die aangeven dat ook de samenleving of delen daarvan verziekt kunnen zijn, waarbij onaangepast gedrag een meer geëigend antwoord is dan het conformerende gedrag. Daarmee wordt eigenlijk aangegeven dat aanpassen een dynamisch proces is waarbinnen zowel het individu als de omgeving van tijd tot tijd veranderingen zullen moeten aanbrengen. Deze constatering houdt in dat een nadere kwalificering van het individuele gedrag en de aard van de omgeving blijft geboden.

In dat opzicht geeft onze derde insteek via de dichotomie gezond-ongezond de meeste opbrengst. Via formuleringen over psychische gezondheid

kan meer inzicht worden verkregen in de vraag welk gedrag meer of minder past bij een psychisch gezonde persoon.

De eerder genoemde omschrijvingen laten zien dat we kunnen spreken van probleemgedrag bij het ontbreken van relaties, het ontberen van een eigen identiteit, het bestaan van mispercepties van de realiteit, het onvermogen om met problemen om te gaan en de aanwezigheid van stressvolle omstandigheden.

Alvorens deze paragraaf af te sluiten staan we stil bij één van de meest bekende pogingen die zijn ondernomen om een aantal criteria te ontwikkelen aan de hand waarvan bepaald kan worden of er sprake is van psychosociale problematiek. We refereren daartoe aan het werk van Rosenhan & Seligman (1989), dat later ook door Eysenck (1994a) is behandeld. Het betreft hier een aantal aspecten die een centrale rol worden toegedacht in de beoordeling van het doen en laten van mensen. We geven hier in het kort de belangrijkste aspecten enigszins gereviseerd weer:

- 1 Lijden: dit wordt dikwijls als een sleutelkenmerk gezien van veel psychische problemen; men denke bijvoorbeeld aan angstige of depressieve personen.
- 2 Disfunctioneren: het betreft hier het niet langer om kunnen gaan met andere personen of het niet meer naar behoren het werk kunnen uitvoeren of de school kunnen volgen.
- 3 Onvoorspelbaar gedrag: dit heeft betrekking op ongecontroleerd gedrag en gedragingen die niet in overeenstemming zijn met de situatie.
- 4 Irrationeel en onbegrijpelijk gedrag: het gaat hier om gedragingen die niet zijn na te voelen en waarbij elke rationele overweging lijkt te ontbreken.
- 5 Onconventioneel gedrag: met deze gedragingen wordt gewezen op gedrag dat totaal niet past in allerlei situaties en waarmee men voortdurend uit de pas loopt.
- 6 Aantasting van de geldende moraal: daarmee wordt gerefereerd aan gedrag dat indruist tegen de geldende normen en waarden.

Het gaat te ver om te veronderstellen dat met deze kenmerken feilloos kan worden bepaald dat we van doen hebben met problematisch gedrag. Daartoe bestaan binnen elk van deze aspecten nog te veel mogelijkheden op ruis. Lijden kan bijvoorbeeld ook voorkomen bij personen die een dierbaar iemand hebben verloren en zo kan onconventioneel gedrag ook aanwezig zijn bij nonconformisten. In beide gevallen kan het om psychisch gezonde mensen gaan. Veel hangt derhalve af van de subjectieve interpretatie die de beoordelaar geeft.

De zes genoemde aspecten zijn dan ook meer te beschouwen als indicatoren voor de aanwezigheid van problemen. Zoals later in dit boek wordt uiteengezet zijn er verscheidene gedetailleerde classificatiesystemen ontwikkeld waarmee het gedrag van mensen kan worden beoordeeld ten behoeve van de vraag: is hier sprake van een probleem?



Wij beëindigen deze paragraaf met de volgende formulering van probleemgedrag.

We spreken van probleemgedrag als ouders, leerkrachten en andere personen dit gedrag beschouwen als strijdig met de door hen en de samenleving gehanteerde normen en regels en/of wanneer deskundigen dit gedrag als problematisch beoordelen op basis van valide kenmerken inzake psychische (on)gezondheid.

In het eerste deel van deze omschrijving wordt probleemgedrag gerelateerd aan de normen en waarden, terwijl in het tweede deel wordt verwezen naar de feitelijke en inhoudelijke kennis met betrekking tot probleemgedrag.

## 1.6 PREVALENTIE VAN GEDRAGSPROBLEMEN

De vraag in welke mate probleemgedrag voorkomt bij kinderen en jongeren heeft zowel onderzoekers als hulpverleners sterk bezig gehouden. De bevindingen en schattingen over het aantal jeugdigen met problemen lopen uiteen van 2 tot 35%. Dat grote verschil heeft te maken met uiteenlopende factoren, zoals de deugdelijkheid van de onderzoeksmethoden, de leeftijd, de aard van de onderzoeksgroep, de informatiebron, maar vooral met de vraag wat men beschouwt als probleemgedrag. Zolang we nog niet één algemeen geaccepteerde definitie van probleemgedrag bezitten, is het moeilijk in absolute en objectieve zin de prevalentie daarvan vast te stellen.

Om een indruk te krijgen van de mate waarin gedragsproblemen onder jeugdigen voorkomen refereren we hier aan enkele meest toonaangevende studies.

Eén van de eerste grootschalige onderzoeken betreft de longitudinale studie van Rutter en zijn collega's (1976) onder de jeugdigen van het eiland Wight. Deze wetenschappers onderzochten en volgden ongeveer 3500 jeugdigen in de leeftijd van 9 tot 11 jaar. Een jaar na de eerste meting vond een tweede meting plaats, gevolgd door een derde meting toen de jeugdigen 14 tot 15 jaar oud waren. Het bleek dat tijdens de eerste meetgolf bij ongeveer 7% van de 9- tot 11-jarigen sprake was van psychosociale problemen. Met het stijgen van de leeftijd namen de problemen echter toe. Dat het wel verschil uitmaakt of men opgroeit in de betrekkelijke rust van een eiland of in het hartje van de stad werd door de onderzoekers duidelijk gemaakt toen zij een vergelijkbare groep kinderen uit het centrum van Londen bekeken. Daar bleek dat de kinderen tweemaal zoveel problemen hadden.

Een tweede memorabele studie vormt het werk van Richman e.a. (1975). Zij onderzochten een groep van ruim 700 peuters van drie jaar oud in Londen. Zij kwamen tot de conclusie dat bij bijna een kwart van de kinderen zich gedragsproblemen voordeden. Daarvan beoordeelden de onderzoekers dat bij 15% sprake was van lichte problemen en bij 7% van ern-